

Çok Seyrek Yerleşimli Yeri Olarak, Aortoiliak Tıkanıklığına Neden Olmuş ve Opere Edilen Bir Olgu Nedeniyle Nonspesifik Aortoarteritler

Kamil KAYNAK, Kazım BEŞİRLİ, Bülent ERYÜKSEL, Fikret KOCAMAZ, Erhan KUTLUK, Hasan TÜZÜN, Mehmet ÖZER

VII. Periferik Damar Cerrahisi Kongresinde (1994) bildiri olarak sunulmuştur.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

ÖZET

1984-1994 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı ile Romatoloji Bilimdalının ortak çalışması sonucunda 8 Takayasu arteriti (Nonspesifik Aortoarterit) olgusu tedavi edildi. Bunların 7 si kadın, 1 i erkek idi. Olguların yaşları 18-53 arasında (ortalama 34.8) idi. Bu olguların üçünde axiller arter çıkışında, üçünde subclavian arter orta bölümünde, birinde suprarenal abdominal aorta, renal arter sağ subclavian ve sağ carotis arterde tutulum mevcuttu. Birinde ise çok seyrek yerleşim yeri olarak aortoiliak tutulum mevcuttu. Olgularımızın birisine subclavian arter patchplasti, ikisine subclavian-aksiller arter bypassı, birisine renal arter ve abdominal aorta patchplasti, üçüne runoff yetersizliğinden torakal sempatektomi, birisine de aortofemoral bypass grafti uygulandı. Bu çalışmamızda nonspesifik aortoarteritlerde cerrahi tedavinin yerini ve ilkelerini belirlemeye çalıştık.

SUMMARY

Nonspecific Aortoarteritis (An operated rare case with aortoiliac involvement)

Between the years of 1984-1994 surgical interventions have been applied to 7 female and 1 male of total 8 Takayasu's arteritis patient aged 18-53 (mean 34, 8). Localizations of the lesions were axillary artery on 1, subclavian artery on 3, suprarenal abdominal aorta, renal artery, right subclavian artery and carotid artery on 1 patient. On one patients, a a very rare location, aortoiliac involvement was present. We performed subclavian artery patchplasty on 1, subclavian-axillary bypass on 2, renal artery and abdominal aorta patch angioplasty on 1, thoracic sympatectomy on 3 and aortobifemoral bypass grafting on 1 patient. In this paper, we aimed to discuss the surgical management in Nonspecific Aortoarteritis (Takayasu's arteritis).

GİRİŞ

Nonspesifik Aortoarteritler (NAA) otoimmün orijinli, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır. Sıklıkla aorta ve aortanın major dallarının stenozuna yol açarak, ilgili organlarda iskemik değişikliklere neden olur (1). NAA yaklaşık üç asırdır bilinmektedir. Klinik olarak ilk defa tanımlanması ise 1908 de Japon oftalmolog Takayasu tarafından yapılmış ve 21 yaşında santaral retinal arterinde spesifik değişiklikleri olan ve radial arteri palpe edilemeyen bir kadın hasta bildirilmiştir. 1948 de Shimizu ve Sano bu hastalığın klinik özelliklerini detaylı bir şekilde tanımlamış

ve 1954 de Takayasu arteriti olarak adlandırılmıştır (2). En sık olarak aortik ark ve dalları tutulmakta, onu sırası ile proximal abdominal aorta ve dalları, viseral ve renal arterler, desendan torasik aorta ve distal abdominal aorta izlemektedir (3). Bununla birlikte çoğu zaman aynı hastada birkaç segmentin birlikte tutulumu görülebilir. Hastalık genel olarak on klinik sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır (4).

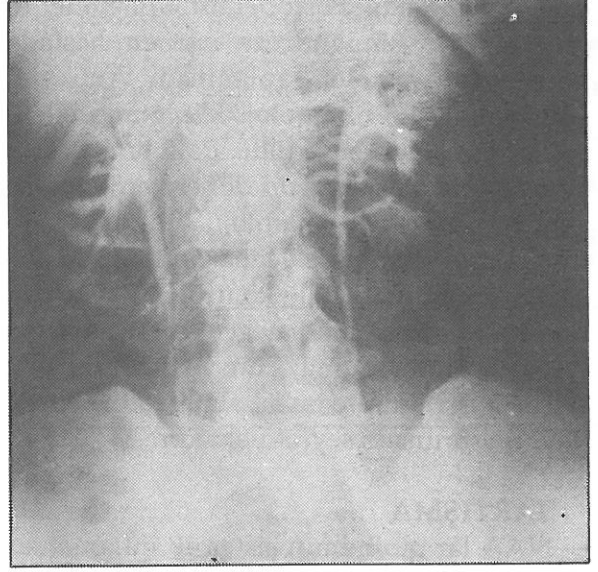
- 1) Jeneralize inflamatuvar reaksiyon
- 2) Aortik ark dalları sendromu
- 3) Desendan torasik aorta ve psödokoarktasyon sendromu

- 4) Renovasküler hipertansiyon
- 5) Kronik abdominal viseral iskemik sendromu
- 6) Aortoiliak sendrom
- 7) Koroner sendromu
- 8) Aortik yetmezlik sendromu
- 9) Pulmoner arteriyel sendrom
- 10) Aortik anevrizma sendromu

Hastalarda bu sendromlarını birkaç birlikte bulunabilir.

MATERYAL VE METOD

1984-1994 yılları arasında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim dalında, fakültemiz Romatoloji bilim dalı yapılan ortak bir çalışma sonucunda 8 olgu tedavi edilmiştir. Olgularımızın 7 si kadın, 1 i erkekti. Yaşları 18-53 arasında olup, ortalama yaş 34.8 idi. Bu olguların üçünde axiller arter çıkışında üçünde subclavian arter orta bölümünde, birinde suprarenal abdominal aorta, renal arter, sağ subclavian ve sağ carotis arterde tutulum vardı. Bir olguda ise aortoiliak yerleşimli NAA saptadık. Olgulardan birine subclavian arter patchplasti, ikisine subclavian-axiller bypass, birine renal arter ve abdominal aorta patchplasti, üçüne ise runoff yetersizliğinden dolayı torakal sempatektomi uyguladık (Tablo 1).



Resim 1: Aortoiliak tıkanıklığı olan hastanın aortografisi.

iliak arterleri tutan stenotik segmentler mevcuttu (Resim 1). Fizik muayenesinde sağ axiller ve epigastrik bölgede üfürüm vardı. Sağ alt eks tremitede tüm nabızlar nonpalpable, sol alt ekstremitede de femoral nabız zayıf, diğerleri nonpalpable idi. Aortoiliak tutulumu olan bu olguya aortabifemoral bypass uyguladık. Preoperatuar dönemde arterlerin intimalarının ileri derecede kalınlaşmış olduğu, diffüz bir endotel hiperplazisinin olduğu görüldü. Common iliak arter çıkışla-

Tablo 1.

Olgu	Lokalizasyon	Tedavi
3	Axiller arter çıkışında	Torakal sempatektomi
3	Subclavian arter orta bölüm	Subclavia-axiller bypass Subclavian patchplasti
1	Suprarenal abdominal aorta sağ renal arter, carotis arter, sağ subclavian arter	renal arter ve abdominal aorta anjioplasti
1	Aortoiliak	Aortobifemoral Bypass

Aortoiliak tutulumu olan olgu 22 yaşında bayan ve aktif bir üniversite öğrencisi idi. Anjiografik olarak infrarenal aorta ve her iki

rında lumenler tama yakın kapanmıştı. Komplikasyona neden olabileceği düşünülerek histopatolojik değerlendirme için doku

örneği alınmadı. Postoperatif dönemde 15 gün süreyle kliniğimizde izlenen hastada herhangi bir patoloji saptanmadı. Antiagregan tedavi ile romatoloji kliniğinde izlenmek üzere taburcu edildi. Poliklinik takibi altında olan hastada son dönemlerde hipertansiyon gelişti. Romatoloji kliniğinde immüsupresif tedavi eklenen hastanın hipertansiyonu bu tedavi ile kontrol altına alındı. Postoperatuar 2 sene 4 ay geçiren hasta halen Azothioprine 150 mg/gün ve asetilsalisilik asit 150 mg/gün tedavisi almaktadır. Bu tedavi ile sorunsuz seyretmektedir.

TARTIŞMA

NAA lar otoimmün sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Sıklıkla aorta ve aöürtanın major dallarını tutarak, tutulan organlarla ilgili iskemik değişikliklere neden olmaktadır (1). Özellikle Japonya ve Meksika'da geniş seriler ile yapılan çalışmalarda hastalığın klinik seyri, patolojisi ve tutulum paterni daha iyi anlaşılmıştır (5). NAA ların mikroskopik görüntüsü temporal arteritinkine benzemektedir. Akut dönemde granüloamatöz inflamasyon gösteren panarterit tablosu ön plana çıkmaktadır. Dev hücrelerin subintimal proliferasyonu arter duvarında kalınlaşmalara yol açmaktadır. Kronik dönemde ise arter duvarındaki segmental fibrötik değişiklikler sklerozan arteriti meydana getirmektedir. Aortik duvar bazı vakalarda 10 mm kalınlığa kadar ulaşmaktadır. NAA nın klinik seyri iki ana tablodan oluşmaktadır. Bunlardan ilki prodromal dönemdir. Bu dönemde ateş, kilo kaybı, gece terlemeleri, halsizlik, artralji ve miyalji gibi nonspesifik semptomlar ortaya çıkmaktadır (6). İkincisi ise nabızsız dönem denilen, vasküler oklüzyon ve anevrizma oluşumuna bağlı ortaya çıkan semptomlar ile karakterize dönemdir. NAA larda kortikosteroid primer medikal tedavi uygulanımı ve konservatif tedavi yöntemlerinin kullanılması yeterli olmamaktadır. Nonspesifik ilaçlarla inflamatuvar olayın baskılanması aorta ve büyük arterlerdeki stenozu gider-

memektedir. Parulkar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1 ile 18 yıl arasında değişen sürelerde konservatif tedavi uygulanan vakalarda mortalite % 75 bulunmuştur (4). Weaver ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kortikosteroid tedavisi uygulanan, arteriyel oklüzyonu ve buna bağlı iskemik şikayetleri olan hastaların şikayetlerinde de anlamlı bir gerileme olmamıştır (8). Bu nedenle ilaç tedavisi cerrahi öncesi ve sonrasında yardımcı tedavi olarak kullanılmalıdır. Eğer akut inflamasyon bulguları mevcutsa preoperatuar ve postoperatuar dönemde antiinflamatuvar tedaviye devam edilmelidir. İmmüsupresif tedavinin sonuçları tam olarak ortaya konulmamış olmakla birlikte kortikosteroid tedavisine iyi yanıt alınamayan vakalarda olumlu sonuçlar aldığı rapor edilmiştir (9). Bizim olgumuzda da her iki dönemde antiinflamatuvar ve immüsupresif tedavi uygulandı. Preoperatuar dönemde aktif arteriti mevcut olan hastalarda anastomotik anevrizma oluşumu, greft oklüzyonu ve postoperatif hemoraji riski daha fazladır (10). NAA larda cerrahi tedavi 1950'lerden beri uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi özellikle hipertansif (aorta veya renal arter stenozu) ve beyin, kalp, böbrek, abdominal organlar ve alt ekstremitelerde iskemisi mevcut olan veya anevrizması bulunan hastalarda uygulanmalıdır (4). Oluşmuş organ iskemisini veya hipertansiyonu gidermek ve optimal kan akımını sağlamak yalnızca cerrahi tedavi ile mümkün olmaktadır. Rutherford ve arkadaşları NAA larda hastalığın yayılımının genellikle aortografilerde görülenlerden daha fazla olduğunu söylemektedirler. Bu nedenle rezeksiyon sınırı cerrahi sırasında karşılaştırılmaktadır. İlke olarak eğer akut inflamasyon varsa preoperatuar ve postoperatuar dönemde antiinflamatuvar tedaviye devam edilmeli veya immüsupresif tedavi başlanmalıdır. Tıkalı segmente rezeksiyon ve greft uygulaması yapılmalı, ana sendromun düzeltilmesi ilk amaç olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nakao K, Ikeda M, Kimata S, Niitani H, Miyahara M, Ishimi Z, Hashiba K, Takeda Y, Ozawa T, Matsushita S, Kuramochi M: Takayasu's Arteritis: Clinical Report of Eighty for Cases and Immunological Studies of Seven Cases. *Circulation* Vol. 35, June 1967.
2. Shimizu K, Sana K: Pulseless disease. *J Neuropathol Clin Neurol* 1: 37, 1951 Abstract in *JAMA* 145: 1093, 1951.
3. Nasu T: Pathology of pulseless disease. *Angiology* 14: 225-242, 1963.
4. Pokrovsky A V: Nonspecific Aortoaarteritis: Rutherford RB (ed) *Vascular surgery* Vol 1, WB Saunders 1989; pp 217-237
5. Joyce JW: The giant cell arteritidis; diagnosis and the role of the surgery. *J Vasc Surg* 3: 827-32, 1986.
6. Herrera EL, Torres GS, Marcushamer J, Mispireta J, Horwitz S, Vela JE: Takayasu's Arteritis: Clinical study of 107 cases. *Am Heart J* 93: 94-103, 1977.
7. Ishikawa K, Yonekawa Y: Regression of carotid stenosis after corticosteroid therapy in occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease). *Stroke* 18: 677-9, 1987.
8. Weaver AF, Yellin AE, Campen DH, Oberg J, Foran J, Kitridou CR, Lee ES, Kohl RD: Surgical procedures in the management of Takayasu arteritis. *J Vasc Surg* 20: 107-26, 1979.
9. Shelhamer JH et al: Takayasu's arteritis and its therapy. *Ann Intern Med* 103: 121, 1985.
10. Kimoto S: The history and present status of aortic surgery in Japan particularly for aortitis syndrome. *J Cardiovasc Surg* 120: 107-26, 1979.

Yazışma adresi:

Op. Dr. Kamil Kaynak

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi A.B.D. İSTANBUL